Über die Motilität, die Sekretion und die Röntgenbefunde des Magens, ſowie über den okkulten Blutbefund im Stuhl beim Magengeſchwür und über ihre Beeinfluſſung durch die Brei-Ruhekur nach Leube

unterſucht an 100 Fällen von kliniſch diagnoſtiziertem Magengeſchwür

AUSZUG
aus der
Inaugural-Diſſertation
zur
Erlangung der Doktorwürde
in der
Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe

Der Hohen mediziniſchen Fakultät
der Univerſität Marburg
vorgelegt von

Hanns Georg Francken
approb. Arzt aus Düſſeldorf

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Marburg 1921

L. Schwann · Düſſeldorf · 1921

Angenommen
von der Medizinischen Fakultät Marburg
am 21. 7. 1921
Gedruckt mit Genehmigung der Fakultät
Referent:
Prof. Ed. Müller

Die Ansichten über die Wirksamkeit der inneren Behandlung der Magengeschwüre sind noch nicht geklärt. Die Ergebnisse der einzelnen statistischen Zusammenstellungen über den Erfolg der inneren Ulkuskuren sind in ihren zahlenmäßigen Angaben sehr verschieden. Die Brauchbarkeit dieser Zusammenstellungen leidet auch, abgesehen von mehr zufälligen Faktoren (Zahl der Fälle, Art der Kur), daran, daß in manchen der herangezogenen Fälle die Geschwürdiagnose zweifelhaft und daß der Begriff „Heilung“ bei den einzelnen Autoren recht verschieden ist. Bei den meisten ist er vornehmlich von den subjektiven Angaben der Patienten abhängig gemacht. Jeder aber, der sich eingehender mit Magengeschwürkranken befaßt, weiß, daß die nervöse Komponente bei den Geschwürbeschwerden nicht nur im Anfang die Geschwürdiagnose, sondern auch in vielen Fällen nach abgeschlossener Geschwürkur die Entscheidung, ob das Geschwür als ausgeheilt gelten kann oder nicht, sehr erschwert.

Wir stellten daher Untersuchungen darüber an, ob es nicht möglich sei, diese Entscheidung weniger von den subjektiven Angaben der Patienten als von objektiven, klinisch nachweisbaren Krankheitssymptomen abhängig zu machen.

Zwei Fragen suchten wir zu beantworten: 1. Gibt es bei Magengeschwüren mit unseren klinischen Hilfsmitteln diagnostizierbare Veränderungen des Magens, seiner Funktionen oder seines anatomischen Bildes? Sind diese Veränderungen in allen Geschwürfällen dieselben? Darf man bei ihrem Vorhandensein ein Geschwür annehmen, bei ihrem Fehlen aber ausschließen? Und 2. werden diese Veränderungen in allen Fällen durch die Brei-Ruhekur beeinflußt? Ist diese Beeinflussung bei allen Geschwürkuren eine eindeutige? Darf man beim Schwinden der Veränderungen das Geschwür als ausgeheilt, und muß man bei ihrem Bleiben das Ulkus als ungeheilt betrachten?

In der Literatur finden sich über die klinisch nachweisbaren Veränderungen des Magens beim Magengeschwür verschiedentliche Angaben. Bei der Untersuchung der Motilität des Magens fanden einige Untersucher diese meist nicht verändert, andere sahen Entleerungsverzögerung etwa in der

Hälfte und wieder andere in der weitaus überwiegenden Mehrzahl ihrer Fälle.

Auch bezüglich der Säureverhältnisse sind die Untersuchungsresultate recht verschieden, Hyperazidität fand sich in 11—100% der untersuchten Fälle.

Die Röntgenbefunde beim Magengeschwür sind ganz verschieden, je nach Art und Sitz des Geschwürs, je nach den sekundären Geschwürfolgen (Verwachsungen, Magenschrumpfungen usw.).

Okkulte Blutungen im Stuhl wurden von den einzelnen Untersuchern in 50—100% festgestellt.

Irgendwie praktisch verwertbare Angaben über die Beeinflussung dieser Veränderungen der Motilität, der Sekretion, des Röntgenbefundes und der okkulten Blutungen beim Magengeschwür durch die Geschwürkur fanden wir in der Literatur nicht.

In der inneren Abteilung des Augusta-Kranken-Hauses Düsseldorf-Rath hat Dr. Schüller daher bei 100 von Oktober 1919 bis Oktober 1920 eingelieferten Patienten, bei denen er nach Vorgeschichte und Untersuchungsbefund ein Magengeschwür annehmen mußte, alle objektiven Magenuntersuchungsbefunde vor und nach der Brei-Ruhekur, wie sie Leube angegeben hat, erhoben. Die untersuchten Fälle setzten sich aus allen Ständen und Altersklassen zusammen.

Bei den Untersuchungen zeigte sich:

1. Befunde vor der Brei-Ruhekur.

Von den 100 Geschwürfällen zeigte nur ein Fall keinerlei Abweichungen vom normalen, objektiven Magenuntersuchungsbefunde (weder Stauung, noch Übersäuerung, noch eine Abweichung vom Röntgenbefunde, noch okkulte Blutungen).

Die übrigen 99 Fälle zeigten alle Abweichungen vom normalen Magenbefunde. 85% zeigten für Magengeschwür verdächtige Röntgenerscheinungen, 67% in der Pylorusgegend, 11% an der kleinen Kurvatur, und bei 7% der Fälle ließ der Röntgenbefund es zweifelhaft, ob nur ein Geschwür der kleinen Kurvatur oder gleichzeitig ein Geschwür der kleinen Kurvatur und ein Geschwür der Pylorusgegend vorlagen.

Stauung bei der Leubeschen Probemahlzeit hatten 48%, Übersäuerung 37%, okkulte Blutungen 66% der Fälle. Stauung gleichzeitig mit Übersäuerung hatten 12%, Stauung gleich-

zeitig mit okkulter Blutung 34%, Übersäuerung gleichzeitig mit okkulter Blutung 26%, Stauung, okkulte Blutung und Übersäuerung gleichzeitig 9%.

Abweichungen vom normalen Röntgenbefund waren am häufigsten; sie zeigten sich besonders in der Pylorusgegend.

Am zweithäufigsten fanden wir okkulte Blutungen; sie waren unabhängig vom Sitz des Geschwürs.

Die dritthäufigste Veränderung war die Behinderung in der Magenentleerung. Sie fand sich auffallenderweise prozentual am häufigsten (nämlich in 66%) bei den 15 Fällen, die keine krankhaften Veränderungen des Röntgenbefundes gezeigt hatten. Senkung und Erschlaffung des Magens hatten von diesen 15 Fällen nur 2. (Die behinderte Magenentleerung ließ auf zeitweilige Spasmen des Pylorus schließen, die jedoch während der Durchleuchtungszeit gerade nicht aufgetreten waren.) Bei den Geschwüren in der Pylorusgegend war die Behinderung der Magenentleerung etwas häufiger als bei Geschwüren der kleinen Kurvatur (in 45% gegenüber in 36%).

Diese Ergebnisse zeigen: Beweisend für ein Magengeschwür ist keine der objektiven Magenveränderungen, weder die Abweichung vom normalen Röntgenbefund (ein Ulkus mit absolut pathognostischen Nischensymptomen an der kleinen Kurvatur war nicht unter den untersuchten Fällen), noch die Stauung, noch die Übersäuerung, noch die okkulte Blutung. Trotzdem können objektiv nachweisbare Abweichungen im Sinne einer Röntgenveränderung, einer Stauung, einer Übersäuerung oder einer okkulten Blutung in Zweifelsfällen die Ulkusdiagnose stützen. Beim Fehlen jeder Abweichung vom normalen Magenuntersuchungsbefunde muß man mit der Ulkusdiagnose recht vorsichtig sein. Das häufigste und daher in Zweifelsfällen das praktisch wichtigste Unterstützungsmittel bei der Ulkusdiagnose ist eine Abweichung vom normalen Röntgenbefund, derart wie sie beim Geschwür beobachtet werden kann. An zweiter Stelle kommen okkulte Blutungen, dann die Behinderung der Magenentleerung und erst in letzter Linie die Übersäuerung.

Liegt in Zweifelsfällen eine röntgenologische Magenveränderung nicht vor, so ist die Feststellung einer Behinderung der Magenentleerung für die Ulkusdiagnose verwertbar, vor allem, wenn sie gleichzeitig mit okkulten Blutungen einhergeht. Das Fehlen beider Symptome spricht aber nicht gegen ein Geschwür.

Die Kombination Stauung und Übersäuerung war weniger häufig.

Das gleichzeitige Vorkommen von Stauung, Übersäuerung und okkulter Blutung ist relativ selten; es ist daher nicht erlaubt, mit der Ulkusdiagnose bis zum gleichzeitigen Vorkommen dieser drei Symptome zu warten.

2. Befunde nach der Breikur.

Von den 100 Fällen waren nach der Kur 62% beschwerdefrei, 16% hatten noch starke und 22% noch geringe Beschwerden. Subjektiv waren also 62% geheilt, 22% gebessert und 16% unbeeinflußt geblieben. Hierbei zeigte sich kein wesentlicher Unterschied zwischen den Kranken mit Geschwüren in der Pylorusgegend und denen mit Geschwüren an der kleinen Kurvatur. Auch bei den Fällen, die vor der Kur keine Abweichung vom Röntgenbefund gezeigt hatten und damit auch nicht erkennen ließen, an welche Stelle des Magens das Geschwür verlegt werden mußte, war das Zahlenverhältnis zwischen geheilten, gebesserten und unbeeinflußt gebliebenen Geschwüren ungefähr dasselbe.

Von den 38 Fällen, die nach der Kur noch Beschwerden hatten, wies nur ein einziger völlig normalen Röntgen-, Magenentleerungs- und Säurebefund sowie normalen Stuhlbefund auf. Die übrigen 37 Fälle zeigten neben ihren subjektiven Beschwerden ausnahmslos auch noch objektive Veränderungen (Röntgenveränderungen, Stauung, okkulte Blutung, Übersäuerung oder Kombinationen dieser Abweichungen).

Von den 62 nach der Kur völlig beschwerdefreien Kranken zeigten anderseits aber auch nur 10 einen völlig normalen objektiven Magenentleerungsbefund.

Von den übrigen 52 beschwerdefreien Patienten hatten 11 nur noch röntgenologische Veränderungen der Magensilhouette (aber normale Entleerungs-, Säure- und Stuhlverhältnisse), 9 wiesen keine röntgenologischen Veränderungen auf (wohl aber Stauung, Übersäuerung oder okkulte Blutung). Die übrigen 32 Beschwerdefreien zeigten sowohl noch Abweichungen vom normalen Röntgenbefund als auch noch sonstige objektive Magenveränderungen, die als Geschwürbegleiterscheinungen gelten konnten (okkulte Blutung, Übersäuerung, Stauung oder gleichzeitig mehrere dieser Abweichungen).

Mit der Erzielung völliger Beschwerdefreiheit durch die Brei-Ruhekur beim Magengeschwür geht die Erzielung eines röntgenologischen und funktionellen normalen Magen- und eines normalen Stuhlbefundes also nicht parallel. Wird durch die Kur ein normales Röntgenbild des Magens, normale Sekretion und Motilität sowie Blutfreiheit des Stuhles erzielt, dann wird in der Regel auch völlige Beschwerdefreiheit erreicht. Es kann aber sehr wohl völlige Beschwerdefreiheit erzielt werden, ohne daß gleichzeitig eine völlige Wiederherstellung der normalen röntgenologischen, motorischen und sekretorischen Magentätigkeit und des normalen Stuhlbefundes erzielt wird. Andererseits zeigten diejenigen Fälle, die nach der Kur noch Beschwerden hatten, so gut wie ausnahmslos auch noch Abweichungen vom normalen Befund des Magens oder des Stuhles. Diese Abweichungen sind aber keine einheitlichen. Sie können sich auf die Röntgenerscheinungen, die Motilität oder die Sekretion oder auch auf eine Kombination dieser Befunde erstrecken.

Was die Beeinflussung der verschiedenen geschwürverdächtigen Magenabweichungen im einzelnen durch die Brei-Ruhekur betrifft, so zeigten unsere Fälle:

1. Bezüglich der Röntgenerscheinungen: Die für ein Geschwür in der Pylorusgegend sprechenden Röntgenerscheinungen schwanden durch die Kur in noch nicht der Hälfte der Fälle. Bei den Geschwüren der kleinen Kurvatur schwanden die Röntgenzeichen häufiger, insbesondere wurde die geschwürig bedingte krampfhafte Einziehung an der großen Kurvatur in fast allen Fällen zum Schwinden gebracht oder sehr verkleinert. Auch die starke Intermediärschicht wurde in den meisten Fällen günstig beeinflußt. In manchen Fällen traten aber erst nach der Brei-Ruhekur Röntgenabweichungen bei vor der Kur röntgenologisch völlig normalen Mägen auf, die für ein Geschwür verdächtig waren (stets in der Pylorusgegend). Die Röntgenerscheinungen gehen mit den Beschwerden der Patienten nicht parallel. Es gab sowohl Fälle, die Röntgenabweichungen und gleichzeitig Beschwerden zeigten, als auch Fälle, bei denen die Röntgenveränderungen weiter bestanden, die Beschwerden aber geschwunden waren, und endlich auch Fälle, bei denen die Röntgenabweichungen geschwunden waren, die Beschwerden

aber weiterbestanden; vor allem gilt dies für die Geschwüre in der Pylorusgegend.

2. Die Stauung schwand durch die Brei-Ruhekur nicht in allen Fällen. In relativ nicht wenigen Fällen trat sie erst während der Kur auf. Diejenigen Fälle, die die Stauung verloren hatten, wurden ausnahmslos ganz oder nahezu ganz beschwerdefrei. Von denjenigen Fällen aber, die die Stauung behalten hatten oder bei denen die Stauung erst im Verlaufe der Kur aufgetreten war, behielten rund 50 % ihre Beschwerden.

3. Dasselbe gilt von den okkulten Blutungen. Sie schwanden nicht in allen Fällen; vereinzelt wurden sie auch erst während der Kur oder nach der Kur nachweisbar. In den Fällen, in denen die okkulten Blutungen nach Abschluß der Kur nicht mehr bestanden, waren auch die Beschwerden geschwunden. Jedoch wurde auch ein Teil der Fälle, bei denen die okkulten Blutungen fortbestanden, durch die Kur beschwerdefrei. Dort, wo die okkulte Blutung erst während der Kur oder nach der Kur auftrat, bestanden in der Regel auch die Beschwerden weiter.

4. Die Übersäuerung schwand nicht in allen Fällen. Bei einer relativ großen Zahl der Patienten wurde sie erst nach der Kur nachweisbar. Ihr Bleiben oder ihr Schwinden ging nicht mit dem Schwinden oder Bleiben der Beschwerden parallel. Im Gegensatz zu dem Auftreten von Stauung und okkulten Blutungen während der Kur bedingte ihr Auftreten im Verlauf der Kur aber nur in der Minderzahl der Fälle ein Fortdauern der subjektiven Beschwerden.

Aus dem Ergebnis der Untersuchungen lassen sich praktisch nicht unwichtige Schlüsse über den Wert der einzelnen klinisch nachweisbaren Magenveränderungen für die Diagnose des Magengeschwürs und aus der Beeinflussung dieser Magenveränderungen durch die Brei-Ruhekur auf die Wirksamkeit dieser Kur beim Magengeschwür ziehen. Die kritische Würdigung dieser Ergebnisse soll einer weiteren Arbeit vorbehalten werden.